

proCum Cert/ KTQ-
QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Barmherzige Brüder Saffig

Institutionskennzeichen: 260710828

Anschrift: Pöschstraße 18
56648 Saffig

Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ®

durch die KTQ®-akkreditierte Zertifizierungsstelle

proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft

mit der Zertifikatnummer: 2006-0302-SAFF-12-K-00135

Datum der Ausstellung: 21.03.2006

Gültigkeitsdauer: 20.03.2009

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der proCum Cert	3
Vorwort der KTQ®	4
Einleitung	6
Teil A: Allgemeine Merkmale	8
Teil B: Allgemeine Leistungsmerkmale	12
Teil C: Personalbereitstellung	17
Teil D: Ausstattung	18
Teil E: Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	19
Teil F: Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	20
Teil G: Weitergehende Informationen	21
Teil H: Ausstattungen	22
1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung und Kompetenz im Umgang mit Patienten	23
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung und Umgang mit Mitarbeitern (Sozialkompetenz)	27
3. Sicherheit im Krankenhaus	29
4. Informationswesen	32
5. Trägerverantwortung, Krankenhausführung und Leitung	34
6. Qualitätsmanagement	40
7. Spiritualität	42
8. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft	44

Vorwort der proCum Cert

Die proCum Cert GmbH ist eine eigenständige konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die von der katholischen und der evangelischen Kirche, namentlich durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEVK) ins Leben gerufen wurde.

Gesellschafter der proCum Cert sind neben den genannten Krankenhausverbänden die beiden christlichen Wohlfahrtsverbände Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia und die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS).

Als Kooperationspartner der KTQ[®] war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt. Als akkreditierte Zertifizierungsstelle der KTQ[®] ist sie berechtigt, Krankenhäuser in dem vorgesehenen Verfahren mit dem KTQ-Zertifikat auszuzeichnen.

Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Ziel der proCum Cert ist, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern. Hierfür wurden 33 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 70 Kriterien nicht gibt.

Das KTQ-Manual ist vollumfänglicher Bestandteil des proCum Cert-Qualitätshandbuchs. Um das pCC-KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss das Krankenhaus sowohl die Erfüllung aller Voraussetzungen für das KTQ-Zertifikat, als auch die Erfüllung der zusätzlichen proCum Cert-Anforderungen nachweisen.

Dieser Nachweis ist dem Krankenhaus gelungen, daher wurde es von der proCum Cert mit dem kombinierten pCC-KTQ-Zertifikat ausgezeichnet.

Der vorliegende Qualitätsbericht ist während der dreijährigen Gültigkeitsdauer des Zertifikates über die Internetseite www.proCum-Cert.de allgemein zugänglich.

Clemens Gattinger
Geschäftsführer
proCum Cert GmbH

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V. (HB) mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.

Mit diesem Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den Krankenhäusern ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt.

Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses - die so genannte Fremdbewertung - vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft.

¹ Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen eine Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Strukturdaten sowie eine Beschreibung zu jedem der insgesamt 70 Kriterien des KTQ-Kataloges.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten - in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Prof. Dr. F.-W. Kolkmann
Für die Bundesärztekammer

Dr. H. D. Scheinert
Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung

„Unser Auftrag ist die Arbeit und Sorge für kranke, behinderte und alte Menschen. Eine Herausforderung, der wir täglich neu begegnen. Mit modernster Technik und Kompetenz und vor allem mit Menschlichkeit.“



Vor dem Hintergrund ihres christlichen Gottes- und Menschenbildes werden in Saffig seit 1869 von den Barmherzigen Brüdern kranke, behinderte und alte Menschen behandelt, betreut, gefördert und gepflegt. Träger ist der Barmherzige Brüder Trier e.V. Die Rechtsform der Barmherzigen Brüder von Maria Hilf wurde 1850 von dem Weitersburger Bruder Peter Friedhofen in Koblenz als Krankenpflegeorden gegründet. Heute sind die Brüder in Europa, Asien und Südamerika im Sinne ihres Stifters tätig.

Zur Einrichtung Barmherzige Brüder Saffig zählen die Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, das Soziale Zentrum für Menschen mit Behinderung mit dem Gemeindepyschiatrischen Betreuungszentrum Mayen und verschiedenen Betreuungsformen wie Außenwohngruppen und Betreutes Wohnen, die Altenheime Maria vom Siege in Plaidt und St. Josef in Münstermaifeld sowie die St. Josefs-Werkstätten Plaidt, eine anerkannte Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).

Psychische Erkrankungen oder Störungen sind Ausdruck einer Überforderung des Betroffenen. Die Ursachen solcher Überforderungen sind vielschichtig. Neben körperlich-biologischen Faktoren spielen psychische und soziale Faktoren eine zentrale Rolle. Psychische Störungen bilden sich somit auf vielen Ebenen ab und sind auch auf vielen Ebenen angebar.

In unserer psychiatrischen Fachklinik wird ein breitgefächertes Therapieprogramm angeboten, um den Betroffenen in vielen Bereichen helfen zu können.

Die Akutklinik verfügt über 65 Betten, die auf vier offen geführten Stationen verteilt sind. Mit wenigen Ausnahmen wird das gesamte Spektrum allgemeinpsychiatrischer Patienten beiderlei Geschlechts versorgt.

Unser Labor bietet die Möglichkeiten diagnostischer Methoden wie Blutuntersuchungen, EKG und EEG.

Diagnostik und Therapie werden im multiprofessionellen Team abgestimmt und durchgeführt. Teamarbeit bedeutet hierbei, dass alle auf der Station vertretenen Berufsgruppen am therapeutischen Prozess und somit am Heilungsprozess der Patienten beteiligt sind. Die Teams setzen sich zusammen aus Ärzten, Psychologen, Pflegepersonal, Sozialarbeitern und -pädagogen, Ergo-, Sport- und Physiotherapeuten. Durch regelmäßige externe Supervisionen aller Teams bringen wir unsere Effizienz auf ein höchstmögliches Maß.



Durch die Aufnahme in der Klinik werden die Patienten aus ihrem Alltag herausgenommen. Hierdurch gewinnen sie einerseits Abstand zu möglichen zwischenmenschlichen Schwierigkeiten im familiären oder beruflichen Umfeld. Andererseits besteht aber auch die Notwendigkeit, sich mit bisher unbekanntem Menschen auseinander zu setzen. Beide Gesichtspunkte fließen in den therapeutischen Prozess mit ein.

Für jeden Patienten wird ein individueller Behandlungsplan erstellt, in dem ein Bezugstherapeut festgelegt wird. Vom Pflegepersonal wird im Sinne der Bezugspflege jedem Patienten eine Schwester oder ein Pfleger zugeordnet.

Die Behandlungsdauer ist abhängig von der zu Grunde liegenden Problematik. Um einen psychotherapeutisch wirksamen Prozess einzuleiten oder ernsthafte psychische Störungen erfolgreich behandeln zu können, ist in der Regel eine Zeit von mehreren Wochen erforderlich.

Strukturerhebungsbogen

BASISTEIL

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1-1.6 Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)

Pöschstr. 18
56648 Saffig
E-Mail: info@bb-saffig.de
Internetadresse: www.bb-saffig.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260710828

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Barmherzige Brüder Trier e.V.

A-1.3.1 Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?

Grundversorgung

A-1.3.2 Werden psychiatrische Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten für das Krankenhaus ausgewiesen?

Ja

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Nein

A-1.4.1 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie

- Rehabilitationsklinik?
- Psychiatrische Einrichtung?
- Tagesklinik?
- Pflegeeinrichtung?
- Dialysezentrum?
- Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtungen?
- Arztpraxen?
- Vertragliche Kooperationszentren (z. B. Apparatgemeinschaften)?
- Sonstige?

A-1.4.2 Gibt es an Ihrem Krankenhaus

- eine Krankenpflegeschule?
- eine Kinderkrankenpflegeschule?
- eine Krankenpflegehilfeschule?

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

65

A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug (Die forensische Abteilung ist von der KTQ-Zertifizierung ausgenommen)

0

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:
646
Ambulante Patienten:
0
Davon Privatpatienten:
27

A-1.7 A Fachabteilungen

Nr	Fachabteilung	Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n.weisungsg. Leitung (nb)	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Haupt- oder Belegabt.	Poliklinik/ Ambulanz?	Notfallaufnahme vorhanden?	Durchgangsarztverfahren
2900	Allgemeine Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	65	646	ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A-1.8-2.0

Versorgungsschwerpunkte, Behandlungsmöglichkeiten, DARZ

A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen? (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Diagnose und Behandlung aller psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere von Depressionen und Manien, schizophrene Psychosen und akute psychiatrische Störungen in belastenden Lebenssituationen ab dem 18. Lebensjahr.

Entgiftungen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit.

Diagnose und Behandlung von Erkrankungen, bei deren Entstehung und Aufrechterhaltung psychosoziale Faktoren maßgeblich beteiligt sind (z.B. Angsterkrankungen, Depressionen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Schmerzstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen).

Durchführung von Kriseninterventionen in akuten Belastungssituationen.

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:
Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?
Nein

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft?
Nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24h sichergestellt	Apparategemeinschaft?
Computertomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magnetresonanztomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzkatheterlabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Szintigraphie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Positronenemissionstomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elektroenzephalogramm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaflabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kernspin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Röntgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Broncho-/Endoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Echoskopie/TEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mikrobiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeiten	Vorhanden	Apparategemeinschaft?
Physiotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Bewegungsbad	<input checked="" type="checkbox"/>	
Balneophysikalische-Therapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dialyse	<input type="checkbox"/>	
Logopädie	<input type="checkbox"/>	
Ergotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	
Eigenblutspende	<input type="checkbox"/>	
Gruppenpsychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Einzelpsychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Psychoedukation	<input type="checkbox"/>	
Thrombolyse	<input type="checkbox"/>	
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	
Sporttherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Körpertherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Wachtherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Lichttherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Gruppentraining sozialer Kompetenzen	<input checked="" type="checkbox"/>	
Psychodrama	<input checked="" type="checkbox"/>	
Gestalttherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Transcranielle Magnetstimulation	<input checked="" type="checkbox"/>	
Entspannungsverfahren	<input checked="" type="checkbox"/>	
Verhaltenstherapie bei Borderlinestörungen	<input checked="" type="checkbox"/>	
Spezielle Verfahren in der Traumatherapie (EMDR)	<input checked="" type="checkbox"/>	

A-2.1.3-2.1.4

A-2.1.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?

- Operativer Bereitschaftsdienst
- Präsenzbereitschaft
- Rufbereitschaft
- Blutdepot in Klinik
- Blutdepot außerhalb/ extern
- Regelung der Konsiliardienste im Haus vorhanden
- Regelung der Konsiliardienste extern vertraglich geregelt

A-2.1.4 Welche weiteren Leistungsangebote bestehen?

- Stomatherapeuten?
- Diabetikerschule?
- Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung?
- ambulante Pflege?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause Geburtsvorbereitungskurse?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie eine Stillberatung bzw. ein Elternzentrum?
- Inkontinenzberatung?
- Pflegetelefonberatung?
- Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege?
- Mutter-Kind-Behandlung?
- Sonstige?

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1-1.4 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

Nr	Fachabteilung	Medizinisches Leistungsspektrum
2900	Allgemeine Psychiatrie	Pharmakotherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Gruppentraining sozialer Kompetenzen, Körpertherapie, Sporttherapie, Ergotherapie, Wachtherapie, Lichttherapie, Entspannungsverfahren, Physikalische Therapie

B-1.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Nr	Fachabteilung	Besondere Versorgungsschwerpunkte
2900	Allgemeine Psychiatrie	Diagnose und Behandlung aller psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere von Depressionen und Manien, schizophrenen Psychosen und akuten psychiatrische Störungen in belastenden Lebenssituationen ab dem 18. Lebensjahr. Entgiftungen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit.

B-1.3 Weitere Leistungsangebote

Nr	Fachabteilung	Weitere Leistungsangebote
2900	Allgemeine Psychiatrie	Verhaltenstherapie bei Borderlinestörungen, spezielle Verfahren in der Traumatherapie.

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

2900 Allgemeine Psychiatrie

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	F33	Wiederkehrende depressive Erkrankungen	214
2.	F32	Physisch verlaufende depressive Erkrankungen	134
3	F41	Sonstige Angststörungen	45
4	F31	Manisch-depressive Erkrankungen	41
5	F10	Alkoholentgiftungen	36
6	F20	Schizophrene Psychosen	36
7	F43	Folgen psychischer Traumen	29
8	F60	Persönlichkeitsstörungen	26
9	F23	Akute Psychosen	8
10	F42	Zwangsstörungen	8

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

2900 Allgemeine Psychiatrie

B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

B-1.8 (Matrix) Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

Nr	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	Abt.spez. Kinderbetten	Kinderkrankenschwester/ -pfleger
2900	Allgemeine Psychiatrie	34,65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B-1.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:
0

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach §115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

0

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)

0

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)

0

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)

0

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Nr	Fachabteilung	Ärztliche Leitung	Anzahl beschäftigter Ärzte insgesamt	Ärzte in Weiterbildung	Ärzte mit abgeschl. Weiterbildung	Ärzte mit fakult. Weiterbildung	Anzahl AIP	Liegt Weiterbildungsbefugnis vor?
2900	Allgemeine Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	10		6	2		<input checked="" type="checkbox"/>

B-2.4 B Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

1

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Nr	Fachabteilung	Anzahl beschäftigter Pflegekräfte	Prozentualer Anteil examinierter Krankenschw./ -pfleger	Prozentualer Anteil Krankenschw./ -pfleger mit Fachweiterbildung	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/in	Wird Hilfspersonal eingesetzt?
2900	Allgemeine Psychiatrie	34	82	41	17	<input type="checkbox"/>

B-2.5 Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen

0

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

0

B-2.6-2.9

B-2.6 Prozentualer Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (gemessen an der Gesamtzahl der Dipl.-Psychologen)

100

B-2.7 Wie hoch war die Stellenbesetzung im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?

Ärztlicher Dienst	10
Pflegedienst	34
Medizinisch-Technischer Dienst	4
Funktionsdienst	0
Klinisches Hauspersonal	14
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	11
Technischer Dienst	1
Verwaltungsdienst	7
Sonderdienste	0
Sonstiges Personal	
Stellvertretender Hausoberer/Theologe	1

B-2.8 Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	0
Anzahl der Mitarbeiter im OP	0
Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	3
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	1
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	0
Anzahl der Stomatherapeut(en)	0
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	0
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	0
Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater	0
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	
Fachpflegekräfte für Psychiatrie	14

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Sozialarbeiter

3

Anzahl der Dipl.-Psychologen

1

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)

Anzahl der Ergotherapeuten

3

Anzahl der Physiotherapeuten

4

Anzahl der Sporttherapeuten

1

Anzahl der Körpertherapeuten

1

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Aufgrund unseres Leistungsspektrums nehmen wir an keiner der folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen teil

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§112 SGB V)

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:
Qualitätssicherungsmaßnahmen

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

Gemäß unseres Leistungsspektrum nimmt unser Krankenhaus an keinen DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

Leistung	OPS der einbez. Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH / pro gel. Operateur	Leistung wird im KH erbracht	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro gel. Operateur	Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
Lebertransplantation		10	nein			
Nierentransplantation		20	nein			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	nein			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	nein			
Stammzelltransplantation		12+/- 2 (10-14)	nein			

SYSTEMTEIL

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Die Barmherzigen Brüder Saffig sind eine Einrichtung des Barmherzige Brüder Trier e. V., der sowohl die Qualitätspolitik als auch die Qualitätsziele für alle trägereigenen Einrichtungen und die Beteiligungsgesellschaften seit Jahren aktiv mitgestaltet und übergeordnete wesentliche Qualitätsziele festlegt.

Zur Umsetzung der Qualitätspolitik sind die erforderlichen Strukturen etabliert.

Kernelemente dieser Strukturen sind die QM-Netzwerke des Trägers. Einrichtungsübergreifende Qualitätsziele und -maßnahmen werden von den QM-Netzwerken

entsprechend der Qualitätsphilosophie des Trägers und den aktuellen Erfordernissen des Gesundheitswesens basierend auf den Grundsätzen und Leitlinien erarbeitet und dem Geschäftsführenden Vorstand zur Kenntnisnahme und Verabschiedung vorgelegt. Die Qualitätsziele und -maßnahmen des Trägers bilden die Grundlage für die Formulierung der Qualitätsziele und Maßnahmen des Krankenhauses. Diese werden im Rahmen eines jährlich stattfindenden Dialogforums zwischen dem Geschäftsführenden Vorstand und dem Direktorium diskutiert und verbindlich festgelegt. Die Zielerreichung wird vom Geschäftsführenden Vorstand anhand von Management-Reviews überprüft.

Durch dieses Management ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess in allen Bereichen und auf allen Hierarchieebenen der Einrichtungen des Trägers gewährleistet.

Die aufgebauten Strukturen ermöglichen einen effektiven Erfahrungsaustausch der Einrichtungen des BBT e.V. untereinander sowie die Erarbeitung von Synergien.

Im Mittelpunkt der Qualitätspolitik der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Saffig steht die umfassende ganzheitliche Therapie und Pflege der uns anvertrauten Menschen und demzufolge leiten sich daraus die wesentlichen Qualitätsziele ab.

Regelmäßig durchgeführte Selbstbewertungen sowie Patienten- und Mitarbeiterbefragungen dienen der Überprüfung der Qualitätspolitik und der Erreichung der Qualitätsziele und unterstützen den kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Als Instrument der Strategieentwicklung und Darstellung der Qualitätsziele für den Träger und individuell für die Fachklinik Saffig wird die Balanced Score Card modifiziert als „Top Scorecard“ eingesetzt. Die Top Scorecard basiert auf den Feldern „Kunde/Patient“, „Mitarbeiter“, „Prozesse“, Finanzen“. Für unsere Dienstgemeinschaft wurde sie um das Feld „Christlicher Auftrag/Werteorientierung“ erweitert.

Bereits von 1998 bis 2001 hatte die Fachklinik am DemoProQM- Projekt des Bundesgesundheitsministeriums teilgenommen.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Gesamtverantwortlich für das Qualitätsmanagement ist die Hausleitung. Zur Steuerung aller Maßnahmen wurde ein "Interner Steuerkreis", bestehend aus dem Kaufmännischen Direktor, dem Ärztlichen Direktor, dem Oberarzt, dem Pflegedienstleiter (Qualitätsmanagementbeauftragter), dem Stellvertretenden Hausoberen und dem Leiter EDV gebildet. Das Krankenhaus verfügt über 4 EFQM-Assessoren und 5 pCC-Mentoren.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

- Teilnahme am Demonstrationsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) "DemoProQM" von 1998 bis 2001
- Im Rahmen des Projektes Durchführung von Selbstbewertungen nach EFQM
- Regelmäßige Durchführung von Patientenbefragungen
- Regelmäßige Durchführung von Mitarbeiterbefragungen

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß §137 SGB V

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Projekt "Ethik und Spiritualität": Erarbeitung eines Seelsorgekonzeptes
Erarbeitung eines Organisationshandbuches in elektronischer Form
Erarbeitung von Verfahrensanweisungen zu Kernprozessen und unterstützenden Prozessen
Erarbeitung von Grundlagen für die Pflegeplanung

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Rainer Schäfgen
Pflegedienstleiter
Qualitätsmanagementbeauftragter
02625/31521
r.schaefgen@bb-saffig.de

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent;
Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Werner Mayer
(Kaufmännischer Direktor)

Dr. Bernd Balzer
(Ärztlicher Direktor)

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

www.bb-saffig.de

AUSSTATTUNG

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

H-1.1 A Anzahl der Einbettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
2900	Allgemeine Psychiatrie				2				

H-1.1 B Anzahl der Zweibettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
2900	Allgemeine Psychiatrie				8				10

H-1.1 C Anzahl der Dreibettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
2900	Allgemeine Psychiatrie				9				

H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

H-2.1 Für alle Fachabteilungen

Nr	Fachabteilung	Notfallkoffer vorhanden
2900	Allgemeine Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>

1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung und Kompetenz im Umgang mit Patienten

1.1. VORFELD DER STATIONÄREN VERSORGUNG UND AUFNAHME

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Das Krankenhaus ist eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Alle Aufnahmeanfragen werden vom diensthabenden Arzt entgegengenommen. Dieser entscheidet je nach Krankheitsbild über die infrage kommende Station mit dem entsprechenden Behandlungsschwerpunkt. Der Patient wird informiert, sobald ein freies Bett zur Verfügung steht. Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt. Die Fachklinik verfügt über keinen Pflichtversorgungsauftrag. Die Aufnahme von Notfällen ist daher begrenzt und nur bei freien Betten möglich.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Eine übersichtliches Wegeleitsystem unterstützt Patienten und Besucher bei der Orientierung im Krankenhaus. Mitarbeiter stehen für Informationen zur Verfügung. Alle aufgenommenen Patienten werden von Pflegekräften in der Aufnahme abgeholt und zur Station begleitet. Bei Bedarf stehen Gepäckwagen und Rollstühle zur Verfügung. Der christliche Charakter des Krankenhauses wird durch Symbole und Räumlichkeiten wie Kapelle und Raum der Stille deutlich. Die Patienten werden über das Angebot der spirituellen Lebensbegleitung informiert.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Durch ein elektronisches Informationssystem sind alle beteiligten Abteilungen über die Aufnahme informiert. Die administrative Aufnahme erfolgt im Aufnahmebüro. Danach wird der Patient von einer Pflegekraft abgeholt und zur Station begleitet. Pflegerische und ärztliche Aufnahme ist so koordiniert, dass sie sich nach dem aktuellen Zustand des Patienten richtet und Wartezeiten vermieden werden. Angehörige werden auf Wunsch einbezogen. Zur pflegerischen Aufnahme gehören umfassende Informationen über Abläufe, Räumlichkeiten und Ausstattung.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Die Fachklinik verfügt über eine Ermächtigungsambulanz des Chefarztes. Von dort können sowohl stationäre Behandlungen als auch nachstationäre Weiterbehandlungen erfolgen. Im Rahmen eines Modellprojektes "Integrierte psychiatrische Versorgung" sind auch ambulante und teilstationäre Therapien möglich.

1.2. ERSTEINSCHÄTZUNG UND PLANUNG DER BEHANDLUNG

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung .

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Im ärztlichen und pflegerischen Aufnahmegespräch werden alle wichtigen Patientendaten mit Hilfe einheitlicher, strukturierter Formulare erhoben und dokumentiert. Dabei wird Wert auf eine ausführliche Erhebung der Lebensgeschichte und des Krankheitsverlaufes gelegt. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten einbezogen. Die Privatsphäre wird dadurch gewährleistet, dass jeder Therapeut über ein eigenes Zimmer verfügt. Am Aufnahmetag erfolgt eine Überprüfung durch den Facharzt.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Vorbefunde sind wichtiger Bestandteil bei der Planung von Diagnostik und Therapie. Schon bei der Kontaktaufnahme wird der einweisende Arzt gebeten, dem Patienten alle relevanten Vorbefunde mitzugeben. Befunde aus Voraufenthalten in der Fachklinik liegen dem behandelnden Arzt am Aufnahmetag vor. Bei Bedarf werden mit Zustimmung des Patienten Befunde aus ambulanten oder stationären Vorbehandlungen angefordert. Bei internen Verlegungen werden alle vorhandenen Unterlagen weitergeleitet.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess festgelegt unter Benennung der Behandlungsziele.

Bereits nach den Aufnahmegesprächen und den Aufnahmeuntersuchungen werden erste Schritte der Diagnostik und Therapie durch den behandelnden Arzt eingeleitet. Die weitere Therapie wird im therapeutischen Team mit den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Psychosoziale Beratung, Psychologin, Ergotherapie, Physikalische Therapie, Sporttherapie) festgelegt und fortgeschrieben. Die Pflegeplanung erfolgt durch die Bezugspflegekraft. Der Patient erhält einen Therapiepass, in dem alle Therapien aufgeführt sind. Der Behandlungsverlauf wird dokumentiert.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Die Festlegung des individuellen Therapieprogramms erfolgt mit dem Patienten gemeinsam. Der Patient soll entsprechend seiner Erkrankung und seiner Möglichkeiten und Fähigkeiten Therapieziele benennen und die Pflegeplanung mitgestalten..

In der Ergotherapie, der Sporttherapie und in der Physikalischen Therapie werden Aufnahmegespräche geführt. Gruppentherapien werden durch den jeweiligen Therapeuten vorbesprochen. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten in die Therapie einbezogen. Maßnahmen, die der Patient ablehnt, werden nicht durchgeführt.

1.3. DURCHFÜHRUNG DER PATIENTENVERSORGUNG

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Grundlage der Behandlung ist der mit den verschiedenen Berufsgruppen der therapeutischen Teams aufgestellte individuelle Therapieplan. Die Therapie orientiert sich an den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Verantwortlich ist der behandelnde Therapeut. Der Facharztstandard ist jederzeit gewährleistet. Das therapeutische Spektrum umfasst unter anderem psychotherapeutische Einzel- oder Gruppentherapie, psychiatrische Pflege, Arzneimitteltherapie, Ergotherapie, Sport- und Physiotherapie, Entspannungsverfahren und seelsorgerische Angebote.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien und, wo möglich, Evidenzbezug zugrundegelegt.

Die angewendeten Therapien orientieren sich an den von den Fachgesellschaften herausgegebenen Leitlinien, die Arzneimitteltherapie an den in der Fachliteratur empfohlenen Behandlungsschemata. In der Pflege sind Standards Grundlage der Pflegeplanung. Durch regelmäßige Fortbildungen und in den berufsgruppenübergreifenden Besprechungen werden die Leitlinien den Mitarbeitern vermittelt. Neuerungen werden über aktuelle Fachliteratur und moderne Informationsmedien (z.B. Intranet) bekannt gemacht.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Die Patienten werden in alle Behandlungsschritte einbezogen und erhalten eine entsprechende Aufklärung. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten in die Therapie einbezogen. Besuche sind jederzeit außerhalb der Therapiezeiten und der Nachtruhe möglich. Eine kontinuierliche Betreuung ist durch das Bezugspflege- und Einzeltherapeutensystem gewährleistet. Die Mitarbeiter tragen Namensschilder. Die Räumlichkeiten der Fachklinik sind therapeutisch sinnvoll und wohnlich gestaltet, Krankenhauscharakter wird vermieden.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Alle Mahlzeiten werden gemeinsam in den Speiseräumen der Stationen angeboten. Neben den zur Auswahl stehenden Menüs kann die Küche jederzeit auf individuelle Besonderheiten und Wünsche wie Diäten, religiöse und kulturelle Aspekte eingehen. Weiterhin können Zutaten für Aktivitäten wie gemeinsames Grillen oder Kochen zur Verfügung gestellt werden. Alle Abteilungen der Fachklinik sind über die Essenzeiten informiert. Termine werden so gestaltet, dass die Mahlzeiten ungestört eingenommen werden können.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Jeder Patient erhält eine individuelles Therapieprogramm. Die Koordinierung der Behandlung erfolgt durch das therapeutische Team. Die Diagnostik erfolgt standardisiert. Die Dokumentation von Therapie und Diagnostik ist vereinheitlicht. Alle Informationen stehen den an der Behandlung beteiligten Mitarbeitern jederzeit zur Verfügung.

In Krisensituationen erfolgt die Betreuung durch qualifiziertes Personal, entsprechende organisatorische Vorkehrungen, die eine individuelle Vorgehensweise ermöglichen, sind getroffen.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Um einen unmittelbaren und umfassenden Informationsaustausch aller an der Behandlung Beteiligten zu gewährleisten, wurden feste Besprechungszeiten festgelegt. Einmal wöchentlich werden im therapeutischen Team alle Patienten besprochen. In regelmäßigen Abständen finden so genannte Konzeptbesprechungen statt. Weiterhin werden bei schwierigen Behandlungsverläufen Fallbesprechungen durchgeführt. Für den Bedarfsfall wurde mit umliegenden Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten ein Konsiliarwesen installiert.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

Die Visitation des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Visitenzeiten, auch die Chef- und Oberarztvisiten, sind in den Wochenplänen der Stationen integriert. Um einen reibungslosen und störungsfreien Ablauf zu gewährleisten und Überschneidungen mit anderen Terminen zu vermeiden, tragen sich die Patienten unter Zuhilfenahme ihres Therapiepasses in Visitenlisten ein. Die Visiten finden unter Wahrung der Intimsphäre im Arzt- oder Patientenzimmer, auf verschiedenen Stationen auch in den Aufenthaltsräumen statt. Die Inhalte der Visiten werden dokumentiert.

1.4. ÜBERGANG IN ANDERE VERSORGUNGSBEREICHE

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Die Entlassung wird mit dem Patienten zusammen, falls erforderlich unter Einbeziehung der Angehörigen, rechtzeitig geplant und festgelegt. Die weiteren Schritte, insbesondere die Behandlungsmöglichkeiten und die Medikation, werden besprochen. Es werden Abschlussgespräche mit dem zuständigen Therapeuten und der Bezugspflegekraft geführt. Bei notwendigen Verlegungen in Krankenhäuser mit entsprechenden Fachrichtungen wird nach der dortigen Behandlung eine Wiederaufnahme und Fortsetzung der Therapie angestrebt.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Bei der Entlassung oder beim Übergang in einen anderen Versorgungsbereich erhält der Patient am Entlassungstag einen vorläufigen Entlassungs- oder Verlegungsbericht, in dem alle notwendigen Informationen für den Weiterbehandler dokumentiert sind.
Der endgültige Entlassungsbericht wird per Post versandt. Bei internen Verlegungen erfolgt eine Übergabe durch den Therapeuten und durch die Pflegekraft. Es werden alle vorhandenen Unterlagen mitgegeben.
Vor der Übermittlung von angeforderten Unterlagen ist eine Schweigepflichtentbindung des Patienten erforderlich.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Schon während der stationären Behandlung erfolgt eine Klärung der weiteren Behandlung und nach Möglichkeit die Vereinbarung eines ersten ambulanten Termins beim Haus- oder Facharzt. Bei Bedarf erhält der Patient Unterstützung durch den Therapeuten, den Mitarbeitern der psychosozialen Beratung oder der Bezugspflegekraft. Der Therapeut steht dem Weiterbehandler für Rückfragen zur Verfügung. Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen können vermittelt werden.

2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung und Umgang mit Mitarbeitern (Sozialkompetenz)

2.1. PLANUNG DES PERSONALS

Die Personalplanung sorgt für eine kontinuierliche Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern.

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Die Personalplanung orientiert sich in allen Dienstarten am genehmigten Wirtschaftsplan des Krankenhauses. Für den therapeutischen Bereich ermittelt der Personalleiter in Anlehnung an die Psychiatriepersonalverordnung das Personalbudget und stellt in Zusammenarbeit mit den Bereichs- und Abteilungsleitungen eine ausreichende Stellenbesetzung mit qualifizierten Mitarbeitern sicher. Im Rahmen von monatlichen Überprüfungen wird auf Veränderungen reagiert. Die Personaleinstellung erfolgt systematisiert. Die Fluktuationsrate in allen Bereichen ist gering.

2.2. PERSONALENTWICKLUNG

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung

Verantwortlich für die Personalentwicklung sind die jeweiligen Bereichsleiter. Sie erhalten Unterstützung durch die Stabsstelle Personalentwicklung/Fortbildung. Regelmäßige Mitarbeitergespräche sind Bestandteil der Personalentwicklung. Von der Hausleitung werden jährlich Mittel für die Fort- und Weiterbildung zur Verfügung gestellt.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

Für alle Tätigkeitsbereiche existieren Stellenbeschreibungen, in denen erforderliche Kompetenzen und Leistungsanforderungen geregelt sind. Neben den fachlichen und sozialen Kompetenzen ist die Orientierung an den "Grundsätzen und Leitlinien" ein wesentliches von den Mitarbeitern gefordertes Merkmal.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die an den Bedürfnissen der Mitarbeiter, als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Das Haus hat eine Stabsstelle Fort- und Weiterbildung eingerichtet. Durch eine jährliche systematisierte Abfrage wird der Bedarf an Fort- und Weiterbildung eruiert. Die Fortbildungsinhalte berücksichtigen die Ziele des Trägers, der Einrichtung und der einzelnen Bereiche sowie den Personalentwicklungsbedarf der Mitarbeiter. Es wird jährlich ein Fortbildungskatalog erstellt. Im Fortbildungsangebot enthalten sind auch Veranstaltungen zu christlichen Themen und zur Lebensbegleitung.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Im Rahmen des genehmigten Wirtschaftsplan wird der Fort- und Weiterbildung jährlich ein Gesamtbudget zur Verfügung gestellt. Daraus erfolgt eine Aufteilung in Teiletats für alle Fachbereiche und Abteilungen. Jeder Mitarbeiter erhält jährlich ein Kontingent an Fort- und Weiterbildungszeit. Rahmenbedingungen und Kriterien zur Genehmigung finden sich im Leitfaden für interne Fortbildung und in den Arbeitsvertragsrichtlinien des deutschen Caritasverbandes.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Zur Fort- und Weiterbildung stehen im Haus Räumlichkeiten mit entsprechender Ausstattung wie Overhead-Projektoren, Beamer, Stellwänden, Fernseher, Videoanlage, Medienkoffer und Flipcharts sowie ein separater EDV-Schulungsraum zur Verfügung. Fachbücher und abonnierte Fachzeitschriften sind allen Berufsgruppen zugänglich. Eine flächendeckende Ausstattung mit PC ermöglicht den Zugriff auf das Internet.

2.3. SICHERSTELLUNG DER INTEGRATION VON MITARBEITERN

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

In den Grundsätzen und Leitlinien des Trägers wird kooperatives Führen und Delegation verbindlich für alle Einrichtungen vorgegeben. Führungskräfte werden entsprechend geschult. Mitarbeiter werden in Entscheidungen einbezogen. Strukturierte Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen sind verbindlich eingeführt.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeiten entsprechend den gesetzlichen und tariflichen Vorgaben. Durch ein elektronisches Zeiterfassungssystem und durch verschiedene Arbeitszeitmodelle wird eine hohe Flexibilität, vor allem im therapeutisch-pflegerischen Bereich, erreicht. Ein hoher Anteil an Teilzeitarbeitsplätzen kommt den Mitarbeiterwünschen entgegen.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Am "Informationstag für neue Mitarbeiter" werden Informationen über die Gesamteinrichtung und den Träger vermittelt. Mitglieder der Einrichtungsleitung sind immer anwesend. Die Einarbeitung in den einzelnen Bereichen erfolgt durch Paten. Organisationshandbücher erleichtern den Einstieg. In der Einarbeitungsphase werden strukturierte Beurteilungsgespräche durch den Vorgesetzten geführt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

(Kriterium) Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Durch eine Weiterentwicklung des betrieblichen Vorschlagwesens wurde das trägerweite datenbankgestützte "Prima Ideenmanagement" (Professionelles Ideenmanagement) entwickelt. Ansprechpartner sind jeweils die Vorgesetzten. Jede eingereichte Idee wird prämiert. Für Mitarbeiterbeschwerden stehen die gewählten Mitglieder der Mitarbeitervertretung als Ansprechpartner zur Verfügung.

2.3.5 Ausscheiden von Mitarbeitern

Das Ausscheiden von Mitarbeitern ist sinnvoll geregelt.

Die Verabschiedung von Mitarbeitern aus der Dienstgemeinschaft ist geregelt. Die Einrichtungsleitung legt besonderen Wert auf die Verabschiedung von Mitarbeitern in den Ruhestand. In einer gemeinsamen Feier mit Einrichtungsleitung, Kollegen und Mitarbeitervertretung werden Ruheständler verabschiedet und danach einmal jährlich zu einem gemeinsamen Treffen eingeladen. Das Treffen beinhaltet auch einen Gottesdienst mit dem Gedenken an verstorbene Mitarbeiter. Beim Tod eines Mitarbeiters wird ein würdiger Abschied gestaltet.

3. Sicherheit im Krankenhaus

3.1. GEWÄHRLEISTUNG EINER SICHEREN UMGEBUNG

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt

Die Einrichtungsleitung hat einen Koordinator und zwei Fachkräfte für Arbeitssicherheit für die Gesamteinrichtung und Sicherheitsbeauftragte für die Teilbereiche bestellt. Die Mitarbeiter verfügen über eine entsprechende Ausbildung. Koordinierendes Gremium ist der Hygiene- und Arbeitsschutzausschuss. In allen Bereichen werden regelmäßig Begehungen durchgeführt. Die Abläufe für Berufsunfallmeldungen an die Berufsgenossenschaft sind geregelt. Ein externer Betriebsarzt gewährleistet die arbeitsmedizinischen Untersuchungen der Mitarbeiter.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Die Einrichtung verfügt über zwei ausgebildete Brandschutzbeauftragte, die für den baulichen, anlagentechnischen und abwehrenden Brandschutz zuständig sind. Die gesamte Klinik ist mit Flucht- und Rettungswegeplänen ausgestattet. Die Brandmeldeanlage wird vierteljährlich überprüft. Die Maßnahmen und Pläne sind mit der Kreisverwaltung und der örtlichen Feuerwehr abgestimmt. Es finden regelmäßig Begehungen durch die Brandschutzbeauftragten statt. Alle Bereiche verfügen über eine Brandschutzordnung.

3.1.3 Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Die Fachklinik ist nicht in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Für nichtmedizinische Notfälle wie Unfall, Feuer oder Explosion sind entsprechende Planungen und Zuständigkeiten in der Brandschutzordnung geregelt. Sammelplätze sind festgelegt.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Für medizinische Notfälle in der Fachklinik wurde ein Notfallordner angelegt, indem alle relevanten Abläufe und Verantwortlichkeiten geregelt sind. Notfalltransporte werden durch das Deutsche Rote Kreuz durchgeführt. Die Notfallausrüstung der Fachklinik wird regelmäßig überprüft. Es finden regelmäßig Schulungen zum Notfallmanagement mit praktischen Reanimationsübungen durch ausgebildete externe Dozenten statt.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt

Um die Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern zu gewährleisten, wurde ein Arbeitskreis "Krisenmanagement" gegründet. Alle Maßnahmen, die die Sicherheit in einer psychiatrischen Klinik gewährleisten, sind im Notfallordner zusammengefasst. Bei der Anordnung von individuellen Sicherheitsstufen erfolgt immer eine Abwägung zwischen dem Schutz des einzelnen Patienten, seiner persönlichen Freiheit und seiner Eigenverantwortung. Grundlage ist das Landesgesetz für psychisch kranke Personen von Rheinland-Pfalz.

3.2. HYGIENE

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweites Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

Zur Sicherstellung der Hygiene wurde für die Einrichtung eine Hygienebeauftragte benannt und geschult. Unterstützung erfolgen durch die Hygienefachkraft des Trägers und durch Hygieneverantwortliche der Teilbereiche. Verantwortliches Gremium ist der Hygiene- und Arbeitsschutzausschuss. Hygiene- und Desinfektionspläne wurden erarbeitet. Zusätzlich zu den durchgeführten internen Begehungen erfolgen Kontrollen durch das Gesundheitsamt, das Veterinäramt und das Gewerbeaufsichtsamt. Mitarbeiter werden entsprechend des Infektionsschutzgesetzes geschult.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Bei Verdacht oder Diagnose einer meldepflichtigen Erkrankung erfolgt eine Information des Chefarztes und des Gesundheitsamtes. Verordnungen von Antibiotika bei Infektionserkrankungen werden durch Meldebögen erfasst. Alle Ereignisse werden im Hygiene- und Arbeitsschutzausschuss besprochen, Maßnahmen werden abgeleitet.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Es erfolgen externe Kontrollen durch Gesundheitsamt, Veterinäramt und Gewerbeaufsichtsamt sowie interne Kontrollen durch die Hygienefachkraft und die Hygienebeauftragte. Durchgeführt werden zusätzlich Trinkwasserkontrollen, Kontrollen des Schwimmbades und des Wassertretbeckens sowie Abklatschproben in hygienisch sensiblen Bereichen. Alle Begehungen und Kontrollergebnisse werden protokolliert. Die Protokolle liegen dem Hygiene- und Arbeitsschutzausschuss vor. Dort werden Maßnahmen besprochen und eingeleitet.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Der Hygieneplan der Gesamteinrichtung berücksichtigt alle Richtlinien und gesetzliche Vorgaben. Verantwortlich für die Erstellung, Änderung und Aktualisierung ist die Hygieneverantwortliche in Zusammenarbeit mit dem Hygiene- und Arbeitsschutzausschuss. Es erfolgen regelmäßig Pflichtschulungen für die Mitarbeiter. Durch ein System von externen und internen Kontrollen wird die Einhaltung überprüft. Durch den Hygiene- und Arbeitsschutzausschuss ist die Koordination aller Maßnahmen gewährleistet. In der Hauptküche wird das HACCP-Konzept umgesetzt.

3.3. BEREITSTELLUNG VON MATERIALIEN

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut- und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut- und Blutprodukten, sowie Medizinprodukten.

Für die Bereitstellung von Arzneimitteln wurde eine Kooperation mit der Apotheke eines Krankenhauses des Trägers vereinbart. Medizinprodukte werden über den Zentraleinkauf zur Verfügung gestellt. Eine Bereitstellung von Blut- und Blutprodukten ist nicht erforderlich. Die organisatorischen Abläufe sind durch Verfahrensanweisungen geregelt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Anwendung von Arzneimitteln entspricht dem aktuellen Stand psychiatrischer Therapie. Die Bereitstellung wird durch Kooperation mit einer Lieferapotheke sichergestellt. Arzneimittelbestände, ordnungsgemäße Lagerung, Verfalldaten und Einhaltung von Sicherheitsvorschriften werden durch halbjährliche Begehungen der Lieferapotheke überprüft.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Medizinprodukte werden in der Fachklinik nur in begrenztem Umfang, überwiegend in der Physikalischen Therapie eingesetzt. Mitarbeiter werden vor der ersten Inbetriebnahme eingewiesen. Überprüfungen und Reparaturen erfolgen durch autorisierte Firmen.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Die Einrichtung hat Abfall- und Umweltbeauftragte benannt. Es wurde ein Entsorgungskonzept erarbeitet. Jährlich wird ein Abfallbericht erstellt. Beim Einkauf wird auf Abfallvermeidung und den Einsatz von ökologischen Produkten geachtet. Es erfolgt eine getrennte Sammlung von Abfallstoffen. Durch den Bau eines Blockheizkraftwerkes und der Erneuerung der Energiezentralen wurde eine Optimierung des Energieeinsatzes erreicht.

4. Informationswesen

4.1. UMGANG MIT PATIENTENDATEN

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Die patientenbezogene Dokumentation wird von den betreffenden Berufsgruppen in einem einheitlichen Dokumentationssystem durchgeführt. Die Dokumentationen befinden sich in den Stationszimmern und sind somit allen an der Behandlung beteiligten Personen zugänglich. Es gibt Regelungen, aus denen Ziele, Art, Umfang und Frequenz der Dokumentationen hervorgehen.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Patientendaten werden vollständig, verständlich, korrekt, nachvollziehbar und zeitnah dokumentiert. Es werden einheitliche, für die Psychiatrie entwickelte Vordrucke verwendet. Alle relevanten Maßnahmen der Patientenversorgung werden dokumentiert, alle therapeutischen Schritte sind nachvollziehbar. Befunde der im Laufe der Behandlung durchgeführten Untersuchungen komplettieren die Dokumentation. Alle vorhandenen Unterlagen werden bei der Entlassung zu einer Krankenakte zusammengefügt.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Die Patientendokumentationen befinden sich während der Behandlung der Patienten auf den Stationen. Krankenakten entlassener Patienten werden im ärztlichen Sekretariat und im Archiv aufbewahrt. Ein Zugriff für berechtigte Personen ist jederzeit gewährleistet.

4.2. INFORMATIONSWeiterLEITUNG

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Der Informationsaustausch innerhalb und zwischen den Bereichen der Fachklinik wird durch die Regelkommunikation gesichert. Die Besprechungen werden protokolliert. Die Bereiche sind durch ein elektronisches Informationssystem verbunden. Bei Verlegungen innerhalb der Klinik werden sämtliche vorhandenen Unterlagen an die weiterbehandelnde Station weitergegeben. Zusätzlich erfolgen mündliche Übergaben.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Die Pforte und Telefonzentrale als zentrale Auskunftsstelle befindet sich am Haupteingang der Fachklinik. Sie dient zum Empfang, zur Auskunftserteilung und zur Weiterleitung von Patienten und Besuchern. Eingehende Telefonate können jederzeit weitergeleitet werden, da Ärzte, Therapeuten, Stationen und leitende Mitarbeiter mit Handys ausgestattet sind.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Öffentlichkeitsarbeit der Fachklinik wird vom Träger durch das Referat Marketing/Öffentlichkeitsarbeit unterstützt. Die Einrichtung selbst verfügt über eine Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit. Träger und Einrichtung haben eine Internetseite eingerichtet. Weiterhin stehen Imagebroschüren zur Verfügung. Durch aktuelle Berichterstattung in der Presse, eine Hauszeitung und eine Trägerzeitung sowie im Rahmen des jährlichen Sommerfestes wird die Öffentlichkeit informiert.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. vgl. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (Hrsg.): Krankenhausrecht – Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, 5. Auflage 1998; Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankenhausgesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen.

Grundlagen des Datenschutzes sind die Bestimmungen der kirchlichen Datenschutzordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes. Alle Mitarbeiter werden bei der Einstellung zur Einhaltung der Bestimmungen verpflichtet. Der Zugang zu elektronischen Daten ist in einem Berechtigungskonzept über Benutzernamen und Passwörter geregelt.

4.3. NUTZUNG EINER INFORMATIONSTECHNOLOGIE

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Die Nutzung einer Informationstechnologie ist in der Fachklinik gewährleistet. Die Bereiche sind mit PC ausgestattet, in einem Netzwerk integriert und können über E-Mail miteinander kommunizieren und Daten austauschen. Internetzugang ist gewährleistet. Eine eigene EDV-Abteilung steht allen Anwendern zur Beratung zur Verfügung. Die Mitarbeiter werden entsprechend ihrer Aufgabenstellung geschult.

5. Trägerverantwortung, Krankenhausführung und Leitung

5.0.1. Normative Vorgaben im Sinne von Leitbildern

Der Träger übt durch normative Vorgaben Einfluss auf die strategische und operative Managementebene aus

5.0.1.1 Menschen, für die wir da sind

Der Träger definiert aus der normativen Verantwortung mit der strategischen Managementebene Zielgruppen und Leistungsschwerpunkte

Träger der Barmherzigen Brüder Saffig ist der Barmherzige Brüder Trier e. V. als Rechtsform der Kongregation der Barmherzigen Brüder von Maria Hilf. Zielsetzung ist die zeitgemäße Umsetzung des Heilsauftrages Jesu im Dienste am Menschen. Die Zuwendung und der Dienst am Menschen in einer konkreten Lebenssituation sind dabei Maßstab und Orientierung. In der Fachklinik werden Menschen mit psychiatrischen Störungen behandelt. Menschen, die um Hilfe bitten, aber nicht in den Zuständigkeitsbereich der Klinik fallen, werden nicht abgewiesen, sondern weitervermittelt.

5.0.1.2 Menschen, mit denen wir arbeiten

Der Träger achtet darauf, dass in der Personalauswahl und -führung ein zielgerichteter Zusammenhalt zwischen den Gruppen eines Betriebes erhalten und gefördert wird.

Für die Auswahl der Mitarbeiter wurden klare Regelungen festgelegt. Neben den fachlichen Qualifikationen sind menschliche und soziale Kompetenzen erforderlich. Mitarbeiter müssen Auftrag und Wesensäußerung der Kirche mittragen. Die Einrichtungsleitung legt großen Wert auf Bildung und Erhalt der Dienstgemeinschaft und unterstützt dies durch Aktivitäten und Veranstaltungen. Die Einrichtungsleitung sorgt durch Verpflichtung eines Betriebsmediziners und Schaffung von entsprechenden Strukturen für die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zum Arbeitsschutz.

5.0.1.3 Verpflichtung in und für die Gesellschaft

Der Träger ist sich der Verantwortung bewusst, die er durch sein Handeln für die Gesellschaft übernimmt

Die Einrichtungsleitung strebt an, eine den Unternehmenszielen angepasste, notwendige und sinnvolle Anzahl von Arbeitsplätzen vorzuhalten und zu erhalten. Die Einrichtung ist in der Verbandsgemeinde der größte Arbeitgeber. Es werden eine hohe Anzahl von Teilzeitarbeitsplätzen sowie Arbeitsplätze für Behinderte vorgehalten. Es wird Rücksicht auf die Empfindungen anderer Kulturen und Religionen genommen.

5.0.1.4 Einbindung in Kirchlichkeit

Die Kirchlichkeit des Trägers wird in der Einrichtung spürbar.

Die Barmherzigen Brüder von Maria Hilf sind eine Kongregation päpstlichen Rechts. Der Barmherzige Brüder Trier e.V. als Rechtsform des Ordens ist Mitglied des Diözesan-Caritasverbandes und als solcher kirchlich organisatorisch eingebunden.

Es besteht eine lange und traditionelle Zusammenarbeit mit der örtlichen Kirchengemeinde. Die Seelsorger der Pfarreiengemeinschaft sind auch für die Seelsorge der Fachklinik zuständig.

5.0.2. Führungskräfte

Der Träger übt durch normative und strategische Vorgaben Einfluss auf die darunter liegende Managementebene aus

5.0.2.1 Führungskräfte

Auswahl und Förderung von Führungskräften

Führungskräfte der Fachklinik müssen einer christlichen Kirche angehören und die christliche Orientierung und die Ziele des Trägers und der Einrichtung mittragen. Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens und der Bewerberauswahl werden neben den fachlichen Qualifikationen entsprechende Kriterien berücksichtigt. Die Kompetenzen der Mitarbeiter in Führungspositionen werden durch Führungskräftetrainings unterstützt und weiter ausgebaut.

5.0.2.2 Managementgrundsätze

Die Managementgrundsätze spiegeln die Wertvorstellungen des Trägers

Den Managementgrundsätzen ist das christliche Menschenbild vorangestellt. Dies wird in den "Grundsätzen und Leitlinien" zum Ausdruck gebracht. Kernpunkte darin sind die christlichen Werte, der Auftrag, das Selbstverständnis, der Umgang mit Patienten und Mitarbeiter und im Besonderen die ganzheitliche Versorgung der Patienten.
Die Organisation wird unterstützt durch Vorgaben wie Verfahrensanweisungen, eine ausgeprägte Regelkommunikation und die Nutzung moderner Informationstechnologie.

5.0.2.3 Personalmanagement

Das Personalmanagement bedarf einer besonderen Sorgfalt

Entsprechend den "Grundsätzen und Leitlinien" ist sich die Einrichtungsleitung ihrer Verantwortung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und den Erhalt der Arbeitsplätze bewusst. Im Personalmanagementkonzept des Trägers sind klare Regelungen und Verantwortlichkeiten beschrieben. Es wurden bisher keine betriebsbedingten Kündigungen durchgeführt.

5.0.2.4 Ethik

Die christliche Ethik ist die Basis für Entscheidungen

Der Träger hat eine Stabsstelle "Christliche Ethik, Spiritualität, Seelsorge" geschaffen. In der Fachklinik ist der Kliniktheologe als Stellvertretender Hausoberer Ansprechpartner für ethische Fragestellungen. Patienten können entsprechende Probleme in der Therapie thematisieren.

5.0.2.5 Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit stellt Ziele und Ergebnisse des caritativen Handelns vor

Der Träger und die Einrichtung legen Wert auf Öffentlichkeitsarbeit. Der Träger hat eine entsprechende Stabsstelle eingerichtet. Die Einrichtung Saffig verfügt über eine Stelle Öffentlichkeitsarbeit. Die Öffentlichkeitsarbeit wird durch Internet, Trägerzeitung, Broschüren, Hauszeitung, Pressarbeit sowie Durchführung von Veranstaltungen umgesetzt.

5.0.3. Strukturvorgaben zur durchgängigen Sicherung der Umsetzung christlicher Kompetenz in praktisches Handeln und Verhalten

Der Träger übt durch normative Vorgaben Einfluss auf die strategische und operative Managementebene aus.

5.0.3.1 Fort- und Weiterbildungsangebote

Fort- und Weiterbildung sind Aufgaben mit gesellschaftlicher Relevanz

Auf Trägerebene ist die Stabsstelle Unternehmensentwicklung für die Fort- und Weiterbildung zuständig. Zur internen Koordination und Organisation von Fort- und Weiterbildung hat die Einrichtung die Stabsstelle Personalentwicklung/Fortbildung geschaffen. In einem jährlich erscheinenden Fortbildungsprogramm gehören Fortbildungen und Veranstaltungen zu christlichen Themen und Lebensbegleitung zum Angebot und können von den Mitarbeitern wahrgenommen werden.

5.0.3.2 Personelle Besetzungen

Personelle Besetzungen realisieren die Umsetzung normativer und strategischer Vorgaben

Für die Fachklinik wurde auf Grundlage des Seelsorgekonzeptes des Trägers ein speziell für die Bedürfnisse psychiatrischer Patienten zugeschnittenes Konzept "Spirituelle Lebensbegleitung und Seelsorge" erarbeitet. Für die Umsetzung wurde eine Theologin eingestellt und in die therapeutischen Teams integriert.
Entsprechend den "Grundsätzen und Leitlinien" wird Mitarbeitern, die Schwächen oder Probleme haben, Hilfe angeboten. Durch entsprechende Fortbildungen werden leistungsschwache Mitarbeiter gefördert.

5.0.3.3 Ressourcen für besondere Aufgaben

Die Erfüllung des kirchlichen Auftrags erfordert mitunter besondere Investitionen

Mitarbeiter stehen Unterstützungsangebote in besonderen Situationen zur Verfügung. Für vertrauliche Gespräche sind eine Vielzahl von Räumlichkeiten eingerichtet. Führungskräfte, Theologe und alle Therapeuten verfügen über ein eigenes Büro. Die Hauskapelle und der Raum der Stille sowie weitere Räumlichkeiten können sowohl von Mitarbeitern wie auch von Patienten genutzt werden.

5.0.4. Verhältnis zwischen Wirtschaftlichkeit und Christlichkeit

Der Träger übt durch normative Vorgaben Einfluss auf die strategische und operative Managementebene aus

5.0.4.1 Förderung der Umsetzung christlicher Leitbilder in der Tagesarbeit

Leitbilder werden nur dann wirksam, wenn sie vorgelebt werden

Die Erarbeitung und Umsetzung der "Grundsätze und Leitlinien" erfolgte auf Initiative und mit Unterstützung des Trägers unter Beteiligung aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen aller Einrichtungen. Das Ziel der Erlebbarkeit der Inhalte und der Wertvorstellungen für Patienten, Mitarbeiter und Angehörige ist ein ständiger Prozess.

5.0.5. Regelinformation und Bewertung von leitenden Mitarbeitern

Der Träger sichert durch Vorgaben die positive Entwicklung des Krankenhauses

5.0.5.1 Managementinformationssystem

Die Steuerung des Geschehens gelingt mit einem angemessenen Informationssystem

Die erforderlichen Daten zur wirtschaftlichen Steuerung werden entsprechend der Struktur des Wirtschaftsplanes systematisch durch die Abteilung Controlling erfasst und den Verantwortlichen regelmäßig zur Verfügung gestellt. Kernpunkte sind die Daten zur wirtschaftlichen und personellen Entwicklung. Durch ein EDV-Programm besteht die Möglichkeit des ständigen Zugriffs auf die Belegungszahlen.

Informationen an den Träger werden durch ein strukturiertes Berichtswesen regelmäßig übermittelt.

5.0.5.2 Patientenzufriedenheit

Die Zufriedenheit des Patienten ist zentrales Ziel des Kernprozesses eines Krankenhauses und bedarf einer konstanten Fürsorge

Zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit werden in der Fachklinik Patientenbefragungen durchgeführt. Ziele sind Ergebniskontrolle, Kundenorientierung und Vergleiche mit anderen Einrichtungen.

Die Fragebögen werden durch einen externen Anbieter ausgewertet.

Beschwerden können die Patienten in den wöchentlichen Stationsversammlungen und beim Patientenfürsprecher anbringen.

5.0.5.3 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Zufriedenheit der Leistungserbringer wirkt auf die Zufriedenheit der Patienten und Partner der Einrichtung

Um Aussagen über den Zufriedenheitsgrad der Mitarbeiter zu haben, werden in der Fachklinik bereits seit 1998 Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Die Befragungen sind anonym und werden seit 1999 durch externe Anbieter ausgewertet. Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern mitgeteilt. Sie dienen dem Direktorium als Grundlage zur Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen.

5.1. ENTWICKLUNG EINES LEITBILDES

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Für die Fachklinik sind die "Grundsätze und Leitlinien" des Trägers gültig, die auf den christlichen Werten der Ordensgemeinschaft der Barmherzigen Brüder von Maria-Hilf basieren. Die Fachklinik war als Bereich der Gesamteinrichtung an der Erarbeitung beteiligt. Für die Fachklinik wurde ein eigenes Pflegeleitbild entwickelt. Grundlage war das Pflegeleitbild des Trägers. Die "Grundsätze und Leitlinien" sind verbindliche Grundlage aller Arbeitsverhältnisse. Sie werden Bewerbern mit der Einladung zum Vorstellungsgespräch übermittelt.

5.2. ZIELPLANUNG

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Grundlage der Zielplanung sind die jährlichen Zielplanungen des Trägers. In Dialogforen erfolgt die Abstimmung der Trägerziele mit denen der Fachklinik. Die vereinbarten Ziele leiten sich aus den "Grundsätzen und Leitlinien" ab. Zieldimensionen sind der christliche Auftrag, die Finanzen, die Kunden, die Prozesse und die Mitarbeiter. Als Steuerungsmaßnahmen und zur Zielerreichungskontrolle werden Kennzahlen, Messgrößen und Erreichungstermine festgelegt.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Die Fachklinik ist in die Struktur der Gesamteinrichtung eingebettet. Für die Gesamteinrichtung und für alle Bereiche, so auch für die Fachklinik, wurden Organigramme erarbeitet. Beschrieben sind die Organisationsstruktur und die Funktionen. Für die Durchführung von Projekten sind verbindliche Vorgaben festgelegt. Geregelt sind Vorgehen, Verantwortlichkeiten und zu Verfügung stehende Ressourcen.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Für die Fachklinik werden durch den Kaufmännischen Direktor ein jährlicher Wirtschaftsplan und ein Mehrjahresplan für Investitionen und Instandhaltungen erstellt. Für alle Bereiche sind Kostenstellen und Kostenstellenverantwortliche mit Budgetverantwortung festgelegt. Den Kostenstellenverantwortlichen werden monatliche Soll/Ist-Vergleiche durch die Abteilung Controlling zur Verfügung gestellt. Im Wirtschaftsplan sind Mittel zur Umsetzung christlicher Aspekte vorgesehen.

5.3. SICHERSTELLUNG EINER EFFEKTIVEN UND EFFIZIENTEN KRANKENHAUSFÜHRUNG

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die Arbeitsweise von Gremien ist in der Einrichtung verbindlich festgelegt. In der Geschäftsordnung des Trägers sind entsprechende Rahmenbedingungen, Verantwortlichkeiten, Aufgabenverteilungen und Kompetenzen festgelegt. Alle Besprechungen werden protokolliert. Ein Verteiler ist festgelegt. Bei Bedarf werden Fachleute zu den Besprechungen eingeladen.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die Krankenhausführung wurde dem Direktorium vom Träger übertragen. Arbeitsweise und Verantwortlichkeiten sind in der Geschäftsordnung geregelt. Dem Direktorium gehören der Stellvertretende Hausobere, der Kaufmännische Direktor, der Chefarzt und der Pflegedienstleiter an. Das Direktorium trifft sich zu regelmäßigen Besprechungen. Es werden eine Tagesordnung und ein Protokoll erstellt. Für die Protokolle gibt es einen festgelegten Verteiler, der die Kommunikation und den Informationsaustausch sichert.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung informiert sich regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Das Direktorium der Fachklinik wird über aktuelle Entwicklungen und Vorgänge informiert. Dies geschieht durch die Regelkommunikation und die Übermittlung der Protokolle der Besprechungen aller Bereiche. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit eines persönlichen Gespräches mit den Direktoriumsmitgliedern. Befragungsergebnisse aus Mitarbeiter- und Patientenbefragungen werden zuerst dem Direktorium übermittelt.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

In der Einrichtung werden vertrauensfördernde Maßnahmen als Ausdruck der Wertschätzung entsprechend den Grundsätzen und Leitlinien "Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind unser wichtigstes Potential" durchgeführt. Dazu gehören die Umsetzung des kooperativen Führungsstils, Einbindung in Entscheidungen, Informationen über Planungen und Neuerungen und Delegation von Verantwortung. Es besteht eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung.

5.4. ERFÜLLUNG ETHISCHER AUFGABEN

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausesweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

In den "Grundsätzen und Leitlinien" der Trägers und den christlichen Werten sind Grundaussagen auf der Basis eines christlichen Menschenbildes und allgemeiner ethischen Grundsätze festgelegt. Auf Trägerebene wurden das Referat "Christliche Ethik, Spiritualität und Seelsorge" geschaffen und ein "Netzwerk Ethik" gegründet. Verantwortlicher Ansprechpartner für ethische Fragestellungen in der Fachklinik ist der Kliniktheologe.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Entsprechend unseres christlichen Auftrages wird ein würdevoller Umgang mit Verstorbenen angestrebt. Die Angehörigen erhalten selbstverständlich jede benötigte Unterstützung durch die Mitarbeiter. Es stehen geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung.

6. Qualitätsmanagement

6.1. UMFASSENDES QUALITÄTSMANAGEMENT

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Das Qualitätsmanagement der Fachklinik orientiert sich an den "Grundsätzen und Leitlinien". Zur Gewährleistung einer gemeinsamen Qualitätspolitik wurden auf Trägerebene Qualitätsmanagementnetzwerke gegründet. Zur Steuerung und Koordination aller Maßnahmen wurde ein "Interner Steuerkreis" etabliert, dem der Stellvertretende Hausobere, der Kaufmännische Direktor, der Chefarzt, der Oberarzt, der Leiter der Abteilung EDV und der Pflegedienstleiter als Qualitätsmanagementbeauftragter angehören.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zu Erreichung von Qualitätszielen um.

Die Qualitätsziele der Fachklinik orientieren sich in erster Linie an den "Grundsätzen und Leitlinien". Für die Festlegung der Qualitätsziele und der Maßnahmen zu deren Erreichung ist das Direktorium zuständig, dessen Mitglieder auch im "Internen Steuerkreis" vertreten sind. Durch die bereichsübergreifenden Strukturen der Einrichtung kommen auch Elemente der DIN EN ISO 9001:2000 zum Tragen. Die Vermittlung der Qualitätsziele erfolgt im Rahmen der Regelkommunikation.

6.2. QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Durch die Schaffung von Netzwerken und Verantwortlichkeiten sowohl auf Träger- als auch auf Einrichtungsebene wurden die strukturellen Voraussetzungen geschaffen um die gesetzten Qualitätsziele zu erreichen. Dazu gehören die Zusammenarbeit der Qualitätsmanagementnetzwerke, die Qualitätsmanagementbeauftragten und die Regelkommunikationen. Es wird ein umfangreiches Fortbildungsangebot für die Mitarbeiter vorgehalten. In der Fachklinik sind berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Qualitätsteams eingesetzt.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Zur Qualitätssicherung im therapeutischen Bereich dienen die regelmäßigen Patienten- und Konzeptbesprechungen der einzelnen therapeutischen Teams und die Visiten des Chef- und Oberarztes. Die Verantwortlichkeiten zur Sammlung und Auswertung qualitätsrelevanter Daten sind festgelegt.

6.3. SAMMLUNG / ANALYSE QUALITÄTSRELEVANTER DATEN

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben und analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

Die Fachklinik erhebt und analysiert eine Reihe qualitätsrelevanter Daten, die sich auf die psychiatrische Therapie der Patienten beziehen und eine Steuerung ermöglichen. Dazu gehören unter anderem die Erfassung besonderer Vorkommnisse, die Belegungszahlen, die Daten der Stichtagserhebung der Psychiatrie-Personal-Verordnung und hygienerrelevante Daten. Externe Überprüfungen der Daten erfolgen durch die Besuchskommission des Landkreises und durch das Gesundheitsamt.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Krankenversorgung genutzt.

In der Fachklinik werden seit 1995 Mitarbeiter- und seit 1996 Patientenbefragungen durchgeführt. 2000 erfolgte einmalig eine Einweiserbefragung. Seit 1999 werden alle Befragungen mit wissenschaftlich fundierten Befragungsbogen durchgeführt und von einer externen Fachfirma ausgewertet.

Die Ergebnisse werden analysiert und mit den betreffenden Mitarbeitern und Abteilungen kommuniziert. Qualitätsverbessernde Maßnahmen werden abgeleitet und durchgeführt. Die Durchführungs- und Umsetzungsverantwortung liegt beim Qualitätsmanagementbeauftragten.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und -beschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Auf jeder Station der Fachklinik werden wöchentlich Stationsversammlungen mit Teilnahme aller Patienten durchgeführt. Hier werden strukturiert Beschwerden, Wünsche und Verbesserungsvorschläge abgefragt und dokumentiert. Externer Ansprechpartner ist der unabhängige Patientenfürsprecher. Eine Kontaktaufnahme kann mündlich und schriftlich erfolgen. Die Besuchskommission des Landkreises nach § 29 des Landesgesetzes für psychisch Kranke bietet eine weitere Möglichkeit zur Äußerung von Beschwerden. Entsprechende Hinweise finden sich an den Infotafeln der Stationen.

7. Spiritualität

7.1. Spiritualität in der Patientenbegleitung

Ein wesentliches Element der Seelsorge ist die Begleitung von Patienten

7.1.1 Spirituelle Lebensbegleitung

Die Seelsorge begleitet den Menschen in Zeiten der Krise, Freude und Trauer

Spirituelle Lebensbegleitung ist Teil des therapeutischen Angebotes der Fachklinik. Auf Grundlage des Seelsorgekonzeptes des Barmherzige Brüder Trier e.V. wurde ein Konzept "Spirituelle Lebensbegleitung und Seelsorge" speziell für die Bedürfnisse der Patienten erarbeitet. Der Kliniktheologe ist in die therapeutischen Teams integriert.

7.2. Spiritualität und Mitarbeiter

Die Mitarbeiter entwickeln ihre Spiritualität und werden dabei unterstützt

7.2.1 Spirituelle Berufsbegleitung

Für die Entwicklung der Spiritualität gibt es eine spirituelle Berufsbegleitung

Entsprechend dem christlichen Menschenbild und den "Grundsätzen und Leitlinien" wurde den Bedürfnissen der Mitarbeiter an spiritueller Begleitung Rechnung getragen und sowohl im Seelsorgekonzept des Trägers als auch im Konzept der Fachklinik berücksichtigt. Der Kliniktheologe steht den Mitarbeitern als Ansprechpartner zur Verfügung. Alle Angebote der Seelsorge wie Gottesdienste und Gebete können durch die Mitarbeiter wahrgenommen werden. Im Jahresprogramm der internen Fortbildung finden sich weitere Angebote.

7.3. Seelsorgekonzept

Die Seelsorge im Krankenhaus orientiert sich an den Konzepten der Diözese bzw. Landeskirche und des Trägers. Die Grundlagen der katholischen Krankenhauseelsorgestandards bilden die Handreichung der deutschen Bischöfe Nr. 60 („Die Sorge der Kirche um die Kranken, 20.4.1998) und die daraus entwickelten Qualitätsstandards der Konferenz Katholische Krankenhauseelsorge in Deutschland und der Entschließung der Konferenz für Krankenhauseelsorge in der EKD vom März 1998 und den Konzeptionen und Standards der Konferenz für Krankenhauseelsorge in der EKD vom 17.3.1994.

7.3.1 Organisation der Seelsorge

Die Seelsorge ist entsprechend dem geltendem Seelsorgekonzept organisiert

Basierend auf dem Seelsorgekonzept des Trägers wurde für die Patienten der Fachklinik ein Konzept "Spirituelle Lebensbegleitung und Seelsorge" erarbeitet. Das Konzept wird durch den Kliniktheologen umgesetzt. Es besteht eine Zusammenarbeit mit den Seelsorgern der örtlichen Pfarreiengemeinschaft und dem Seelsorger des Sozialen Zentrums. Bei Bedarf werden auf Wunsch des Patienten Kontakte zu anderen Religionsgemeinschaften hergestellt.

7.3.2 Angebote der Seelsorge

Eine qualifizierte Seelsorge zeigt sich in konkreten Angeboten

Alle Patienten der Fachklinik erhalten nach der Aufnahme den Flyer "Spirituelle Lebensbegleitung" und werden somit über Strukturen, Themen und Angebote informiert. Zu besonderen Veranstaltungen werden die Patienten in den Stationsversammlungen oder über Aushänge informiert. Alle Angebote sind mit den Abläufen der Klinik abgestimmt. Gottesdienste aus der Hauskapelle können über Radio in den Patientenzimmern empfangen werden.

7.3.3 Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde

Qualifizierte Seelsorge arbeitet mit der Kirchengemeinde zusammen

Durch die langjährige Präsenz der Einrichtung in der Gemeinde bestehen traditionelle Bindungen zur Pfarrgemeinde. Diese äußern sich in vielfältigen gemeinsamen Aktivitäten, gegenseitiger Nutzung von Räumlichkeiten und personellen Verknüpfungen. Der Kontakt zur Heimatgemeinde wird auf Wunsch des Patienten hergestellt.

7.4. Begegnungsstätten

Das kirchliche Krankenhaus braucht Räume der Stille und Begegnung.

7.4.1 Raumangebot

Das Krankenhaus verfügt über Räume der Stille und Begegnung.

Es ist eine ausreichende Zahl an Räumen für vertrauliche Gespräche vorhanden, der Kliniktheologe hat ein eigenes Zimmer. Darüber hinaus können alle anderen Räumlichkeiten wie Besprechungszimmer und Therapieräume genutzt werden. Die Einrichtung verfügt über eine Hauskapelle und einen Raum der Stille. Bei Bedarf kann die Pfarrkirche genutzt werden.

7.5. Spiritualität und Seelsorge

Es wird ein Resümee gezogen, wie Spiritualität und Seelsorge in den Betriebsalltag integriert werden.

7.5.1 Konzept und Durchdringung des Betriebsablaufs mit spirituellen Inhalten

Spiritualität und Seelsorge werden erst dann für Patienten und Mitarbeiter fühlbar, wenn sie den gesamten Betrieb durchdringen.

Die christliche Ausrichtung der Einrichtung spiegelt sich in der Gestaltung und Ausstattung der Räumlichkeiten wieder.
Der für die Seelsorge zuständige Kliniktheologe ist in die therapeutischen Teams integriert und wird über aufgenommene Patienten informiert. Kontakt zu den Heimatpfarreien und zu anderen Religionsgemeinschaften wird auf Wunsch des Patienten aufgenommen.
In der Einrichtung gibt es einen Pastoralrat, in dem Mitarbeiter aus allen Bereichen christliche Themen besprechen und unter anderem Gottesdienste mitgestalten.

8. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

8.1. Bildungsauftrag

8.2. Vernetzung mit anderen sozialen Diensten

8.2.1 Einbindung in die Region: Das Krankenhaus ist in die Versorgungsregion aktiv eingebunden

Die Fachklinik der Barmherzigen Brüder Saffig ist wichtiger Bestandteil der psychiatrischen Versorgung im Landkreis Mayen-Koblenz. Es besteht jedoch kein Pflichtversorgungsauftrag. Die notwendige Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe ist durch den Betrieb entsprechender Institutionen in der Gesamteinrichtung gewährleistet. Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen der Region wird gefördert.

8.3. Umweltschutz

Im Umweltschutz manifestiert sich die gelebte Verantwortung auch gegenüber nachfolgenden Generationen

8.3.1 Umgang mit Ressourcen

Dies ist das Kernstück umweltbewussten Handelns

Das Thema Umweltschutz ist in den "Grundsätzen und Leitlinien" verankert. Ein Abfallkonzept regelt Maßnahmen im Bereich Abfallwirtschaft, Abfallvermeidung und Abfallentsorgung. In Zusammenarbeit mit einer autorisierten Firma wurde ein Blockheizkraftwerk errichtet und der Schadstoffausstoß erheblich vermindert. Die Einrichtung erhielt das BUND-Gütesiegel "Energiesparendes Krankenhaus".

8.3.2 Betriebliches Umweltinformationssystem, ISO 14001 und Öko-Audit

Die Minimierung der Umweltgefährdung gelingt nur über die Beherrschung der umweltgefährdenden Prozesse

Für die Einrichtung besteht ein Abfallkonzept. Es wurde ein Abfall-/Entsorgungsbeauftragter benannt, der die Mitarbeiter bei Fragen zum Thema Umweltschutz berät und unterstützt. Es bestehen Verträge mit autorisierten Entsorgungsunternehmen. Der Abfall-/Entsorgungsbeauftragte ist für die Erstellung eines Abfallberichtes und die Information der Einrichtungsleitung zuständig.

8.4. Forschung und Entwicklung

Das Krankenhaus nimmt zur Förderung der Wissenschaft an Forschungsprojekten teil